

## ใบสมัครลงทะเบียน

“Asthma and COPD for Healthcare Workers 2026”

วันที่ 16-17 กรกฎาคม 2569 เวลา 08.00 – 16.30 น.

ณ ห้องจูปิเตอร์ ชั้น 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน

นพ.  พญ.  ภก.  ภญ.  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ /นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่ทำงาน/โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ.....E-mail.....

อาหารธรรมดา

อาหารอิสลาม

อาหารมังสวิรัต

ลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน (ก่อนวันที่ 8 กรกฎาคม 2569 )

ลงทะเบียน                      ท่านละ                      1,500 บาท

ค่าลงทะเบียน (หลังวันที่ 8 กรกฎาคม 2569 )

ลงทะเบียน                      ท่านละ                      1,800 บาท

การชำระเงินค่าลงทะเบียน

โดยโอนเงินเข้าบัญชี

ธนาคารกรุงเทพ

ชื่อบัญชี “มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย” ประเภท บัญชีเงินฝากสะสมทรัพย์

เลขที่บัญชี 127-4-69872-7

พร้อม ส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่

E-mail : [asthma2019@hotmail.com](mailto:asthma2019@hotmail.com) หรือ ไลน์ 089-6284967

ต้องการออกใบเสร็จในนาม.....

ที่อยู่.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(โปรดเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)

วันที่.....

